№ 1. Styczeń 1911 r. Rok VI.

# Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ I SPRAWOM ZAWODOWYM.




## Prace oryginalne.

### Influenza i jej wpływ na jamę ustną.

NAPISAŁ

M. Krakowski.

Influenza (grypa) należy do rzędu ostrych chorób zakaźnych. Choroba ta, jak wiadomo, rozszerza się epidemicznym a nawet pandemicznym sposobem i obejmuje z wielką szybkością obszerne przestrzenie. W okolicach, gdzie występuje, tylko mała część ludności wolną jest od niej. Pierwszy raz skonstatowano influenzę w wieku szesnastym (r. 1510). Od tego czasu rozpoczyna się właściwie cały szereg epidemji tej choroby, dochodzący do takich rozmiarów, do jakich nie dochodziła żadna inna ostra zakaźna choroba. Epidemje, panujące do r. 1870, zajmowały całe kraje i powracały w niestałych okresach czasu, niezależnie od pory roku, szerokości geograficznej i klimatu. Trwały one zazwyczaj od kilku tygodni do 9 — 10 miesięcy (epidemja w Paryżu w r. 1831). Dawni autorzy, ze względu na towarzyszącą tej chorobie gorączkę, uważali ją za *ogólną chorobę gorączkową*, zależną od wpływów *miazmatycznych.* Od samego początku pojawienia się jej powstawały różne poglądy i hypotezy co do *przyczyn* ją wywołujących. Większość autorów szukała przy-

czyny w czynnikach atmosferycznych; twierdzili oni, że choroba może się rozszerzać tylko przez powietrze. To ostatnie jakoby zawierało jakiś *zarazek* albo *miazmat*, lub też było zanieczyszczone kwasami mineralnymi. Inni autorzy uważali epidemję za wynik zmiennej zawartości ozonu w powietrzu. Niektórzy podawali znów za przyczynę, wywołującą grypę, pewnego rodzaju szkodliwy owad (Kant i in.). Z rozwojem bakterjologji zwrócono uwagę i na tę chorobę. Teissier przypuszcza, że zanieczyszczenie wody w rzekach nie pozostaje bez widocznego wpływu na rozwój choroby. Podczas panowania epidemji jej w l. 1889—1890 woda Newy zawierała daleko więcej substancji organicznych, niż zwykle. Woda w Wiśle przed wybuchem influenzy zawierała w 1 litrze 21 mil. zarodników; później, gdy epidemja osłabła, woda zawierała tylko 135,000. Wspomniany autor twierdzi, że woda, prawdopodobnie, zawiera jakiś czynnik chorobotwórczy, który kwitnie przy pewnych sprzyjających warunkach ogólno-meteorologicznych. Epidemja lat 89—90 była przedmiotem licznych badań bakterjologicznych. Babés[1] wykrył w wydzielinach osób chorób na influenzę diplobakterje 0,02 — 0,04 mcm. długości, przezroczyste i niebarwiące się sposobem Grama. Kowalski[2] (Wiedeń) znalazł te same bakterje; działają one, według ostatniego, bardzo zabójczo na króliki; ostatnie zdychają przy objawach obrzmienia śledziony, zapalenia płuc i błon surowiczych. W wielu innych przypadkach spotykano nieco skrzywione laseczniki 0,05—0,06 mcm. grubości, zabójcze dla myszy. We wnętrznościach, w różnych płynach patologicznych chorych na influenzę stwierdzono obecność pneumokoków Talamona, pneumolaseczników Friedländer'a, najczęściej zaś znajdowano *streptococcus pyogenes*, a także *staphylococcus pyogenes aureus*.

Drobnoustroje, wymienione powyżej, wywołują tylko powikłania grypy, nie mają zaś wpływu na powstawanie głównej choroby. Niektórzy autorzy, jak twierdzi Vidal, przypuszczają, że wywołują ją pospolite drobnoustroje, które podczas panowania epidemji przyjmują charakter złośliwy i że swoistego drobnoustroju dla grypy niema. Że tak nie jest, pokazały badania Pfeiffer'a, a następnie Letzerich'a,

---

[1]) F. Vidal. Maladies infectieuses. Ruskie tłumaczenie.
[2]) *Ibid.*

(1892) i Canon'a. Pfeiffer pierwszy odkrył pewien rodzaj drobnoustroju, któremu obecnie ogólnie przypisują przyczynę powstawania influenzy.

Drobnoustrój ten, spotykany tylko przy ostatniej przedstawia się w postaci lasecznika; przeniesiony na pożywki, lasecznik ten wytwarza kolonje, które są przezroczyste, jak woda i rozrastają się najlepiej przy ciepłocie 27° — 42° C. Na buljonie i agarze zachowują żywotność w przeciągu 14 — 18 godzin. Badania Letzerich'a wykazały, że laseczniki Pfeiffer'a znajdują się we krwi chorych na influenzę. Toż samo wykazał i Canon. Ilość tych drobnoustrojów, z początku dość znaczna, stopniowo się zmniejsza. We krwi osób, zapadłych na inne choroby zakaźne, pasorzyta tego nie zauważono. Lasecznik ten wielkością swoją przypomina lasecznika mysiej posocznicy, różni się jednak charakterystycznemi cechami. Środkowa jego część jest bardzo przezroczysta, końce zaś są ciemniejsze, w zależności, prawdopodobnie, od większego zgęszczenia się w tych miejscach protoplazmy. Pasorzyty influenzy barwią się stosunkowo trudno. Najłatwiej barwią się słabym ogrzanym roztworem błękitu metylenowego, przyjmując kolor różowy lub jasnoróżowy; na miejscach zgrubień przyjmują odcień fioletowy.

We krwi chorych na influenzę spotykają się czyste hodowle lasecznika; w plwocinie zaś towarzyszą im różne koki. Pfeiffer, któremu się udało wyosobnić czyste hodowle lasecznika, szczepił je zwierzętom, które różnie reagują na trujące działanie tegoż; króliki, np., zdychają przy objawach ogólnego porażenia.

Zakażenie u ludzi powstaje, prawdopodobnie, drogą wdychania chorobotwórczego lasecznika. Nie jest też wykluczonem, że zakażenie powstawać może drogą zetknięcia się z osobnikiem chorym. Ten jednak sposób szerzenia się choroby nie odgrywa tak wielkiej roli, jak wymieniony na pierwszem miejscu.

Czynnikami, usposabiającymi do influenzy bywają u ludzi: ogólne osłabienie, nerwowość, starość. Ludzie nerwowi, starzy niedołężni łatwiej i częściej zapadają na influenzę. Również ważną rolę w etjologji tej choroby odgrywa *przeziębienie*.

Do objawów, towarzyszących chorobie, odnieść należy: gorączkę, poprzedzaną dreszczami, bezsenność, silny ból głowy, charakterystyczny ból w krzyżu, ogólne rozbicie, zupełny brak apetytu, obfite

pocenie się, bóle w stawach, kończynach, kaszel z przyczyny nieżytu dróg oddechowych. W cięższych przypadkach—bolesne drgawkowe skurcze w oddzielnych grupach mięśni i majaczenie. Jeżeli umiejscawia się w przewodzie pokarmowym (t. z. forma *gastryczna*, *brzuszna)*, to wywołuje ona silne bóle, wymioty i biegunkę. W lżejszych przypadkach grypa kończy się wyzdrowieniem *per crisin* po kilkudniowem trwaniu, a w przypadkach cięższych trwa nawet kilka tygodni. Nawroty nie są rzadkie. Zdarzają się również przypadki z trudnemi powikłaniami w tej lub owej postaci. Powikłania te są, prawdopodobnie, wynikiem t. z. *wtórnego zakażenia*. Ustrój, który zapadł już raz na influenzę, podlega z łatwością tym zakażeniom (Strümpell). Wtórne zakażenia te nie posiadają nic swoistego; powikłania, z ich przyczyny powstałe (zapalenia płuc i t. d.), bywają różnej postaci, zależnej od czynnika chorobotwórczego. Grypa otwiera wrota różnym drobnoustrojom, a zapalenia i inne cierpienia występują wówczas pod wpływem samozakażenia od zwykłej dla tych zapaleń przyczyny (Bouchard).

Powikłania najczęściej zdarzają się w drogach oddechowych. W nich to spotykamy ciężkie i częste zmiany miejscowe. Powikłania te przebiegają niezwykle złośliwie, i większość przypadków śmiertelnych, spowodowanych przez influenzę, złożyć można na karb zapalenia płuc. Cierpienia płuc noszą na sobie cechy tak zwanych zapaleń nieżytowych (*pneumonia catharrhalis lobularis)*. Nieżyt (zapalenie kataralne) śluzówki *krtani* również się zdarza u chorych na influenzę. Nieżyt obejmuje również śluzówkę gardzieli i jamy nosowej, w ostatniej z objawami mocnego zatkania, połączonego z bólem w okolicach nadoczodołowych. Błona śluzowa znacznie jest zaczerwieniona, muszle nosowe obrzękłe, szczególnie dolne; one to warunkują zatkanie mocne nosa, niezwykle dolegliwe dla chorych.

Ze strony innych narządów również widzimy niektóre zmiany, których etjologja nie została dostatecznie wyjaśniona. Zmiany te są, jak się zdaje, wynikiem wpływu sprawcy grypy, prątka Pfeiffer'a [3]. Gałęzowski[4] przy influenzy spostrzegał niezwykle często powtarzające się choroby oczu, umiejscawiające się w różnych tkankach tego

[3]) Sokołowski. Gaz. lek. 1890 srr. 89, III, 139, 150.
[4]) Recueil d'optalmologie 12—1898.

narządu. Takież same zmiany opisał dr. Langie[5] z Krakowa podczas panowania w tem mieście grypy nagminnej. Często spotyka się zapalenie dróg łzowych z następczą t. zw. *conjunctivitis lacrymalis*.

Grypa też wpływ swój wywiera na *uszy*. Ropne zapalenie środkowego ucha nie należy do rzadkości (Strümpell). Kaufmann na posiedzeniu rakuskiego Towarzystwa otologicznego (dnia 24 listopada 1896 roku) przytoczył przypadki występującej nagminnie rwy usznej *(otalgia nervosa)* podczas panującej grypy. Również Eitelberg w swej pracy *„Ueber die vom Gehörorgane ausgelösten allgemeinen und localen Reflexerscheinungen"* (Jena 1895) opisał przypadki rwy usznej, występującej w przebiegu i następstwie influenzy.

Wspomnieć należy o *zmianach na powłokach powierzchownych*, towarzyszących często grypie. Do zmian tych odnieść należy różnego rodzaju *wysypki*, jak *prosówkę*, *różyczkę*, *pokrzywkę*, *plamy podobne do szkarlatyny* i t. d. O podobnych objawach ze strony skóry wspominają dawniejsi jakoteż i nowsi klinicyści: Ziemssen[6], Biermer, Sokołowski[7], Pawiński[8], Ciągliński[9], Filatow[10].

W przypadku, przytoczonym przez d-ra Ciąglińskiego, u chłopca 10-letniego, który przechodził influenzę, przy ciepłocie 37,8°C wystąpiła na twarzy wysypka w postaci plamek, przypominająca odrę. Wysypka na twarzy następnego dnia była obfitszą, na tułowiu i kończynach zaś nieliczną. Podobny przypadek przytacza dr. Malinowski[11]. U 2-letniej dziewczynki, która zapadła na grypę, na trzeci dzień choroby wystąpiła na całem ciele guzikowata wysypka.

Jak więc widzimy, zmiany patologiczne, wywołane wtargięciem do ustroju prątków Pfeiffer'a, są dość znaczne. Nie należy wątpić, że są one wyniktem toksycznego działania tego szkodliwego drobnoustroju.

*Jama ustna*, posiadająca wiele dogodnych warunków dla rozwoju drobnoustrojów, ze względu na swą budowę anatomo-histologiczną, nie może się oprzeć zgubnemu wpływowi, jaki na nią wywiera influenza.

---

[6]) Choroby zaraźliwe ostre.
[7]) Gaz. lek. 1890.
[8]) Gaz. lek. Nr. 8, 1890 r.
[9]) Gaz. lek. Nr. 45, 1899
[10]) Wracz. Nr. 9, 1899 r.
[11]) Zdrowie 52—1890 r.

W literaturze ogólno-lekarskiej spotykamy tylko luźne wzmianki o wpływie grypy na jamę ustną; artykuły tej treści w literaturze specjalnej, dentystyczno-stomatologicznej, są również rzadkością. Richter[12], Hugenschmidt[13], Dorez[14], traktują o nieznacznej ilości przypadków wpływu influenzy na jamę ustną.

Zwróciwszy uwagę na dość ciężki przypadek pojawienia się pewnych zmian w jamie ustnej i nieokreślonych bólów zębów u pewnej pacjentki, zapadłej na influenzę, powikłaną nieżytem dróg oddechowych, postanowiłem bliżej zbadać zachodzący tu związek. Z przyczyn niezależnych odemnie mogłem korzystać z niebardzo obfitego materjału, już to własnego, już to dostarczonego mi przez niektórych terapeutów; wobec tego, nie chcąc wyciągać ostatecznych wniosków, przedstawiam tylko swoje spostrzeżenia, licząc, że i inni, których ta kwestja żywiej obchodzi, zechcą również opisać swoje obserwacje, a dopiero na zasadzie większego materjału będzie można dojść do jakichś ogólnych wniosków.

1) *Otok jamy szczękowej.* Z chorobą tą, powstałą na gruncie influenzy, miałem do czynienia wielokrotnie. We wszystkich przypadkach inne momenty przyczynowe (zniszczone zęby i ropnie) były wykluczone. Chorzy narzekają na dość silne bóle strzykające i na obfite wydzieliny z nozdrzy, zwłaszcza w godzinach rannych. Nos często ulega zatkaniu, połączonemu z silnym bólem w jamach czołowych. Wydzieliny zwykle przyjmują charakter ropny, warunkując większe napełnienie jam szczękowych, niezwykle dolegliwe dla chorego. Nacisk na zewnętrzne ściany kości szczękowych dość bolesny. Łatwość zajęcia przez otok jam szczękowych zależy od warunków anatomicznych, które sprzyjają przechodzeniu (per continuitatem) nieżytu nosa do jam sąsiednich. Do nieżytu, przy sprzyjających warunkach, przyłączyć się mogą pasorzyty ropotwórcze. Błona śluzowa jamy szczękowej, osłabiona działaniem jadu grypowego, sprzyja rozrastaniu się tych drobnoustrojów, służąc za urodzajną glebę dla ich rozwoju. Cierpienie jamy szczękowej może być *jednostronne* lub *obustronne.* Nawroty nie są wykluczone (u pewnej pacjentki, która przebyła

[12]) Dental Cosmos 1891. Zub. Wiestnik 1892 str. 90.
[13]) Correspondenz-Blatt f. Zahnärzte 4. 1892.
[14]) Wiener Zahnärtzliche Monatsschrift Nr. 5 1899.

grypę, otok powtarzał się trzykrotnie); silne strzykające bóle, towarzyszące otokowi, powstają, prawdopodobnie, z przyczyny ucisku przez wydzielinę, obficie zbierającą się w zatoce szczękowej, na nerwy, które w tej jamie leżą dość powierzchownie. Nawet sam stan zapalny śluzówki, wyściełającej jamy szczękowe, nie pozostaje bez widocznego wpływu na gałązki nerwów. Uczucie napięcia w jamach pozostaje w związku z nagromadzonemi wydzielinami.

*(D. n.).*

---

# Dział sprawozdawczy.

**1). G. Guttmann** (Wrocław). **Jama ustna akuszerek, jako źródło zakażenia dla położnic.** (Deutsche M-ft für Z-de. 6, 1910 r.)

Zasługą współczesnego zębolecznictwa jest określenie znaczenia hygieny zębów oraz wyjaśnienie niebezpieczeństwa dla ustroju wskutek niedostatecznego poświęcania uwagi tej części hygieny ogólnej. Dążenia te uwydatniły owe znaczenie jamy ustnej przy powstawaniu różnych chorób ustroju. Jest to tembardziej zrozumiałe, gdyż jama ustna tworzy wrota, przez które podczas przyjmowania pokarmów, oddychania i mówienia miljardy drobnoustrojów zostają wprowadzane i wyprowadzane z ustroju. Między nimi, jak wykazały doświadczenia, znajduje się znaczna liczba chorobotwórczych drobnoustrojów, które bądź w ustroju swego gospodarza, bądź osobnika, na którego zostały przeniesione, wywołują przy sprzyjających warunkach ciężkie cierpienia. Wtargnięcie np. grzybka promienicy do jamy ustnej resp. spróchniałych zębów prowadzi za sobą powstawanie promienicy szczęk, jak to wyczerpująco opisali Partsch i jego uczniowie.

Zwrócono uwagę, że przy operacjach chirurgicznych z jamy ustnej operatora wędrują drobnoustroje drogą drobniutkich kropelek podczas oddychania i mówienia do świeżej rany i sprowadzić mogą jej zakażenie. Przenoszenie chorobotwórczych zarodników ma największe znaczenie w akuszerji, czego należycie nie wzięto pod uwagę. Droga płciowa rodzącej jest wyjątkowo dobrem podłożem dla rozwoju bakterji chorobotwórczych. Są to głównie bakterje ropne (paciorkowce i gronkowce), które dawniej pochłaniały tyle ofiar

wskutek gorączki połogowej, komplikacji, która wzbudza obawę jeszcze obecnie. Zasługa wykrycia przyczyny tego groźnego zjawiska należy się Semmelweiss'owi. Ustalił on w r. 1847, że zarazki przenoszone zostają za pomocą rąk i narzędzi z zewnątrz na chorą podczas porodu. Wykrycie przyczyny pociągnęło za sobą stosowanie odpowiednich środków zaradczych. Śmiertelność zmniejszyła się znacznie, lecz zdarzały się przypadki gorączki połogowej, których nie można było wytłumaczyć, jako wynik przeniesienia zarazków którąkolwiek ze znanych dotąd dróg. W ostatniem dziesięcioleciu prace Flügge'go i jego uczniów skierowały uwagę na zupełnie inne drogi możliwości zakażenia. Autor ten wykazał, że podczas mówienia, kaszlu lub kichania następuje rozpryskiwanie się drobniutkich cząsteczek wydzielin jamy ustnej i nosowej; ustawione na odległości kilku metrów płytki agarowe pokrywają się kolonjami po każdej głośniejszej i bardziej ożywionej rozmowie. Laszczenko i Heymann dowiedli, że przez rozpryskiwanie się cząsteczek wydzielin chorych na gruźlicę, tuberkuloza może się przenosić na inne osoby.

Opierając się na tych badaniach, Mikulicz i Hübener ustalili możliwość zakażenia rany drogą ust operującego. Do tego czasu zwracano główną uwagę na zakażenie drogą kontaktu (zetknięcia), t. j. za pomocą rąk i narzędzi. Wykrycie tego źródła zarazy pociągnęło za sobą używanie masek, zakrywających otwory ust i nosa operatora, co zapobiega rozpryskiwaniu się wydzielin. Dziwnem się wydaje, że nie przyszło nikomu na myśl, że aczkolwiek maski mogą mieć wielkie znaczenie, należało jednak pomyśleć o uczynieniu jamy ustnej operującego możliwie jałową; wogóle, na odkryte nowe źródło zarazy nie zwrócono prawie żadnej uwagi zwłaszcza w akuszerji.

Autorowi rozchodzi się o ostrożność nie przy zabiegach operacyjnych, gdyż wtedy akuszer operuje w tych samych warunkach, co chirurg, lecz przy udzielaniu zwykłej pomocy dla rodzących, które przeważnie niosą akuszerki. Stan jamy ustnej akuszerki, jako osoby mniej wykształconej i mniej dbającej o warunki hygieniczne i czystość swych ust, niż przeciętny lekarz—z jednej strony, z drugiej zaś długotrwałość porodu, która często przewyższa czas najcięższej nawet operacji, każą należycie ocenić niebezpieczeństwo zakażenia, grożące rodzącej ze strony jamy ustnej akuszerki.

Przekonanie o grożącem rodzącej z tej strony niebezpieczeństwie

utrwaliło się u autora pod wpływem oględzin jamy ustnej niektórych akuszerek. Statystyka, którą autor chciał zestawić pod tym względem, była, rozumie się, utrudniona, ponieważ akuszerki obawiały się, że ujawnienie złego stanu ich jamy ustnej może się niekorzystnie odbić na ich zarobkach zawodowych. Dzięki uprzejmości d-ra Bauma, dyrektora prowincjonalnej szkoły akuszeryjnej we Wrocławiu i docenta d-ra Diensta, dyrektora takiejż uczelni w Oppeln, autor mógł zbadać 35 akuszerek i 36 uczenic szkoły akuszeryjnej.

Zbadanie jamy ustnej akuszerek wykazało:

Zębów było 376.

Z tych: spróchniałych—191.

Pni—234.

Dostawki nosiło 19 osób;

z tych na korzeniach—18.

Przetok zębowych było—7;

Kamień nazębny i osad—u 26 osób.

Przeciętnie zatem wypadało na 1 akuszerkę 10 zębów i 7 korzeni; 50% zębów było spróchniałych; 4 akuszerki nie miały zębów wcale, jedynie pnie; jedna z nich miała aż 20 pni. Z 19 akuszerek, które nosiły dostawki, 18 miało je zrobione na nieplombowanych, zgniłych pniach; u 26 widać było na zębach mniejsze lub większe nagromadzenie kamienia nazębnego i lepkiego osadu; u 7 czyli u 20% badanych skonstatowano przetoki zębowe, wydzielające ropę. Jeżeli uprzytomnimy sobie, że spróchniałe zęby i pnie są idealnem zbiorowiskiem i podłożem dla drobnoustrojów niechorobotwórczych i chorobotwórczych, musimy przyjąć, że jama ustna tych kobiet stanowiła ognisko mocno niebezpieczne dla położnic. Jeszcze groźniejsze pod tym względem są dostawki owych akuszerek, ponieważ wyjmowane one są często z ust i bezpośrednio stykają się z palcami i rękami właścicielek. Jest to okoliczność tembardziej zasługująca na uwagę, że zawodowcy dawno już uznali i ustalili niebezpieczeństwo, wynikające z zetknięcia się rąk akuszerek z ropnemi lub zakażonemi masami, odpowiednie przepisy zaś zawarte są w wydanym dla akuszerek regulaminie (§§ 470, 474, 21 i t. d.).

Jeżeli zechcemy bardziej szczegółowo zbadać niebezpieczeństwo, wynikające dla rodzącej z chorej jamy ustnej akuszerki, musimy iść w 2 kierunkach: bezpośredniej drogi zakażenia wskutek rozpry-

skiwania cząstek wydzielin, która, być może, mniej wchodzi tu w grę, i drugiej—nie tak znowu rzadkiej drogi—zakażenia pośredniego, jak ją autor nazywa.

Ostatnie następuje w ten sposób, że ręce akuszerek, które, rozumie się, mają często styczność ze swą zakażoną jamą ustną, ulegają zakażeniu i to w stopniu tem wyższym, im więcej drobnoustrojów znajduje się w odnośnej jamie ustnej i im bardziej są one różnorodne. Doświadczenia wykazały, iż nie można mieć bezwzględnej pewności, że po przeprowadzeniu najściślejszej nawet dezynfekcji ręka, zakażona w ten sposób, została całkowicie wyjałowiona.

Można sobie wyobrazić, jak często grozi rodzącej niebezpieczeństwo zakażenia tą drogą, gdyż zdołano skonstatować w takich właśnie ustach obecność paciorkowców i gronkowców, czynników, wywołujących gorączkę połogową,

Dalsze badania autora, przeprowadzone wskutek braku większej liczby akuszerek nad uczenicami szkoły akuszeryjnej w liczbie 36, wykazały:

Liczba zębów=787.

W tej spróchniałych—254.

Liczba pni=257.

Dostawki miało—10 osób.

Z tych na pniach—9 osób.

Przetoki zębowe miały 4 osoby.

Kamień nazębny i osad 32 osoby.

Przeciętnie wypadało więc na 1 uczenicę prawie 22 zęby i 7 pni; spróchniałych było około 32% przeciw 50%; dostawki miało 10 przeciw 19, z tych zaś 9 na pniach. U 32 znaleziono kamień nazębny i osad, u 4—przetoki zębowe. Większa przeciętnie liczba zębów (22 przeciw 10), mniejsza również ilość spróchniałych (20% przeciw 50%) nie jest wcale wynikiem osobliwego pielęgnowania jamy ustnej, lecz ma związek z młodszym wiekiem zbadanych.

Niebezpieczeństwo możliwości zakażenia rodzącej drogą ust akuszerki, które jasno wykazały przeprowadzone badania, autor stwierdził jeszcze inną drogą. Doświadczenia były prowadzone w dwóch kierunkach.

Przedewszystkiem autor chciał ustalić, czy rzeczywiście ilość drobnoustrojów, przenoszonych na otoczenie drogą wydychanego pod-

czas mówienia powietrza, jest znacznie większa, jeżeli chodzi o usta chore, niż zdrowe; mianowicie—czy w pierwszym przypadku zwiększona jest możliwość przenoszenia paciorkowców i gronkowców? W tym celu kazał on osobom z choremi ustami, które podlegały doświadczeniu, mówić przed płytką agarową, mającą 9 cm. w średnicy, z rozmaitej odległości; wstawiał płytki do cieplarki i obliczał po 48 godzinach ilość rozwiniętych kolonji. Te same doświadczenia powtórzył on w kilka tygodni później, kiedy wszystkie korzenie były już usunięte, zęby zaplombowane, kamień nazębny zdjęty, a jama ustna dostatecznie pielęgnowana.

Powtóre, autor chciał przekonać się, czy możliwem jest należyte wyjaławianie drogą prawem przepisanej metody odkażania ręki, zakażonej przez zetknięcie z chorą jamą ustną względnie jej zawartością (zęby spróchniałe, pnie, kamień nazębny, dostawki i t. d.).

W tym celu żądał on, aby osoby, z któremi prowadzono doświadczenia, myły i dezynfekowały ręce według przepisów obowiązujących akuszerki; następnie brał za pomocą przepalonego narzędzia odrobinę zawartości z pod paznokcia prawego wskazującego palca, wprowadzał to do probówki z bulionem lub zaszczepiał w rurce z agarem, której zawartość następnie według zwykłej metody wylewał do miseczki (Petri). Doświadczenie to wykonano następnie powtórnie, kiedy dana osoba zakaziła swą rękę, wprowadzając ją do swej jamy ustnej i dotykając zębów lub dostawki. Do celu tych doświadczeń służyły osoby wyłącznie z personelu pomocniczo-lekarskiego, obeznane dobrze z odkażaniem rąk. Autor opisuje szczegółowo przebieg tych doświadczeń w 3 przypadkach: u 23-letniego dozorcy chorych, 39-letniej pielęgniarki i u 34-letniej akuszerki, która miała właśnie w tym czasie położnicę, chorą na gorączkę połogową. Z braku miejsca przytaczamy tu jedynie wyniki doświadczeń.

A. Doświadczenia z ustami, nie odpowiadającemi warunkom sanitarnym.

| | | przyp. 1 | przyp. 2 | przyp. 3 |
|---|---|---|---|---|
| Mówienie na odległości | 15 cm.: | około 300 kolonji | 300 kol. | 128 kol.*) |
| „ „ „ | 30 cm.: | około 325 kolonji | 200 kol. | 240 kol. |

*) Małą stosunkowo ilość kolonji w przypadku tym należy wytłumaczyć w ten sposób, że akuszerka, u której stwierdzono jamę ustną w bardzo złym stanie i która dostawkę tygodniami ,jak się sama przyznała, nie wyjmowała

B. Doświadczenia z wyleczoną jamą ustną.

| | przyp. 1 | przyp. 2 | przyp. 3 |
|---|---|---|---|
| Mówienie na odległości 15 cm.: | 6 kol. | 5 kol. | 20 kol. |
| " " " 30 cm.: | 8 kol. | 9 kol. | 6 kol. |

A. Dezynfekcja rąk w przypadku, gdy ręce nie dotykały się bezpośrednio przedtem jamy ustnej.

| przyp. 1 | przyp. 2 | przyp. 3 |
|---|---|---|
| 1 kolonja | 3 kolonje | *) |

B. Dezynfekcja rąk po bezpośredniem zetknięciu się kilkakrotnie z jamą ustną.

| przyp. 1 | przyp. 2 | przyp. 3 |
|---|---|---|
| 70 kolonji | 50 kolonji | **) |

C. Dezynfekcja rąk po ich poprzedniem zetknięciu się z wyleczoną jamą ustną.

| przyp. 1 | przyp. 2 | przyp. 3 |
|---|---|---|
| 2 kolonje | jałowość | jałowość |

Wyniki doświadczeń są, jak widzimy, najzupełniej zgodne z wymaganiami teoretycznemi; widzimy jak się przenoszą na otoczenie z jamy ustnej z zębami i pieńkami spróchniałymi drobnoustroje, a między innymi chorobotwórczymi paciorkowce i gronkowce. Warunki sanitarne polepszają się, jeżeli podobne usta ulegną oczyszczeniu i dezynfekcji; zupełnie dobre rezultaty otrzymujemy zaś dopiero wtedy, gdy usta są należycie wyleczone.

Analogiczne stosunki spotykamy nietylko przy bezpośredniem przenoszeniu zarazków, lecz i przy pośredniem za pomocą ręki. Doświadczenia autora dowiodły, że ręka zakażona daje się bardzo trudno wyjaławiać nawet przy zastosowaniu ulepszonej metody dezynfekowania; dotyczy to, rozumie się, w tej samej mierze pośredniego zakażenia przez jamę ustną.

Doświadazenia autora potwierdziły w zupełności wyniki teoretycznego rozumowania. Chore usta są znacznie obfitszem źródłem za-

---

z ust, została poddana badaniu nie natychmiast (z braku płytek agarowych), a po pewnym czasie, który zużytkowała, wbrew prośbom autora, na doprowadzenie swej jamy ustnej do jakiej takiej czystości.

*) W tym przypadku jako podłoże służył buljon: okazał się on zupełnie przezroczysty; pod mikroskopem znaleziono pojedyncze drobnoustroje.

**) Zaszczepiony buljon zmętniał, i pod mikroskopem skonstatowano liczne łańcuchy paciorkowców.

razy, niż wyleczone, a w przypadkach, dotyczących akuszerek, obsługujących rodzące i położnice, muszą zgodnie z teraźniejszym stanem wiedzy, dzięki obecności ropotwórczych bakterji, wywoływać u chorych gorączkę połogową.

Nakłada to na urzędy obowiązek dodania do obecnie obowiązujących przepisów w podręcznikach dla akuszerek nowych, dotyczących stanu jamy ustnej, które autor formułuje tak:

1) Uczenica powinna przy wstąpieniu do szkoły obok świadectwa lekarskiego o stanie swego zdrowia ogólnego przedstawić także o zadawalniającym stanie jamy ustnej.

2) Podczas nauki uczenica powinna się zapoznać z zasadami hygieny zębów i ich pielęgnowania oraz niebezpieczeństwem, jakie może wskutek zaniedbania tej dziedziny grozić powierzonym jej pieczy położnicom.

3) Każda akuszerka powinna co rok przedstawić świadectwo od mianowanego do tego celu dentysty o zdrowym stanie jamy ustnej.

4) Akuszerka powinna uważać za swój obowiązek pielęgnować należycie swe zęby i usta, a przed każdym nowym porodem, przy którym ma być pomocną, gruntownie oczyścić i wydezynfekować jamę ustną.

5) Podręcznik dla akuszerek powinien być uzupełniony przez dodanie odpowiedniego rozdziału o hygienie zębów i jamy ustnej oraz zwracać uwagę w miejscu, traktującem o ropieniach na ciele akuszerki, również na ropienie w jamie ustnej, specjalnie zaś na spróchniałe zęby i zgniłe pnie.

Dopóki wymienione żądania nie zostaną wprowadzone w życie przez odpowiednie władze, obowiązek wyświetlania znaczenia hygieny zębów i popularyzowania jej w możliwie szerokich sferach ciążyć będzie na dentyście. *Z. F.*

**2) Dr. Heller Arnold** (Wiedeń). **W sprawie fizjologji miazgi zębowej.** (Oesterreich-Ung. Viert. f. Z-de str. 21 r. z.).

Pomimo postępu w technice wypełniania korzeni, nie możemy nie przyznać, że zęby, pozbawione miazgi, znajdują się jakby w stanie niestałej równowagi organicznej. Jeżeli nawet korzenie zaplombowane są w najodpowiedniejszych warunkach i jak najstaranniej, ząb jednakże od czasu do czasu daje znać o sobie w ten lub inny sposób. To ząb pacjentowi wydaje się wydłużonym, lub chwiejącym się, to

występuje lekkie obrzmienie, przechodzące i bez pomocy lekarskiej; słowem, pacjent ciągle pamięta, że ma ząb. Zupełnie spokojnie zachowują się chyba te tylko pozbawione miazgi zęby, które nie mają przeciwległego zęba.

Będąc przyzwyczajonym do zdawania sobie sprawy z każdego spostrzeganego zjawiska, autor doszedł do wniosku, że w przypadkach takich mamy do czynienia z utratą właściwej funkcji miazgi, inaczej mówiąc, miazga przedstawia się jako organ orjentacyjny zęba. Jeśli ząb wraz z miazgą utracił zdolność orjentacji, t. j. subtelnej wrażliwości, to wskutek tego łatwiej podlega on urazowi. Wspomniane wyżej objawy wydają się przeto autorowi, jako pochodzenia urazowego.

Czem głębiej autor nad tem się zastanawiał, tem bardziej prawdopodobnem wydawało mu się to przypuszczenie; jedno tylko nie odpowiadało mu, a mianowicie, że przy tych wszystkich jakby objawach zapalnych nigdy nie dochodziło do ropienia.

Oryginalny przypadek z praktyki skierował uwagę autora na inną, jak przypuszcza, właściwą drogę.

Młoda dama, która leczyła się u wybitnego specjalisty z powodu strasznego bólu uszu, zwróciła się do autora z prośbą, ażeby sprawdził, czy przyczyną jej choroby uszu nie jest ból zębów. Przypuszczano przy badaniu samoistne zapalenie miazgi w okolicy górnych trzonowców; autor postąpił odpowiednio do tego. W rzeczywistości, w drugim trzonowcu okazało się samoistne zapalenie miazgi (*pulp. idiopatica).* Stan chorej widocznie się polepszył. Po niejakimś czasie ($1^1/_2$ r.) takie same objawy zaczęły występować w okolicy dwuguzkowców. Gdy autor przystąpił do leczenia podejrzanych zębów, zauważył on, co następuje: w chwili, gdy usuwał z zęba miazgę korzeniową, zawsze w jego oczach występował otok, co go na razie zastanawiało, ale i przerażało. Staranne zbadanie przez autora, jak również przez otologa, wykazało, że o reakcji ze strony jamy szczękowej nie mogło być nawet mowy.

Otoki ustawały same przez się i zjawiały się ponownie zawsze wówczas, gdy wprowadzano do korzenia gutaperkę; po niejakim czasie znowu one znikały. Od czasu do czasu pozbawione miazgi zęby pacjentki dawały znać o sobie i prawie zawsze w ten sam sposób. Nie było żadnej wątpliwości, że zadziwiające te objawy powinny być rozpatrywane, jako zboczenia naczyniowe. Autor nie jest pew-

ny, czy bardzo inteligentna i obdarzona znaczną siłą woli pacjentka nie miała histerji. W każdym razie, ani on nie mógł postawić djagnozy, ani którykolwiek z lekarzy, którzy ją badali.

Autor zwraca jednak uwagę, że nawet wobec istnienia histerji przypadek ten nie pozbawiony był wielkiego znaczenia. A mianowicie, pacjentki o mniej ustalonem zrównoważeniu organicznem przedstawiają wzorowe objekta do badań. Skutki jakiegokolwiek podrażnienia można obserwować u nich aż do najdrobniejszych rozgałęzień nerwów, wzdłuż których postępuje podrażnienie. Jak chory na *ischias* albo nerwoból nerwu trójdzielnego, nie mając wyobrażenia o anatomji, jest w stanie dokładnie wskazać rozgałęzienia chorych nerwów, tak samo reakcja niezrównoważonego organizmu wykazuje drogi, któremi drażnienie może lub musi (do pewnych granic) się rozwijać.

Autor więc zaznacza, że spostrzegane na pozbawionych miazgi zębach pseudo-zapalne objawy ozębnej nie są niczem innem, jak naczynioruchową reakcją. Miazga przedstawia się jako ostateczny naczynioruchowy organ, którego nerwowe elementy regulują krążenie krwi nietylko wewnątrz zęba, ale i wokoło niego. Jeżeli miazgi niema, to, rozumie się, niema i krążenia krwi wewnątrz zęba, lecz jednocześnie znika i regulator periodontalnej cyrkulacji, wskutek czego dają się zauważyć te objawy ostateczne, które aczkolwiek są podobne do objawów zapalnych, jednakże nie są nimi.

Przypisywanie włóknom nerwu trójdzielnego, znajdującym się w miazdze, działania naczynioruchowego nie jest znowu samo przez się tak zbyt śmiałem. Wrażliwość jest ściśle związana ze stanem naczyń. Wrażeniu zimna nieodłącznie towarzyszy zwężenie naczyń wrażeniu ciepła—ich rozszerzenie. Wraz z utratą miazgi ginie wrażliwość zęba na ciepłotę; dlaczegoż więc nie miałoby jednocześnie znikać i reakcyjne zwężanie się i rozszerzanie naczyń? Jak daleko sięga znaczenie naczyń, jako automatycznego narządu ochronnego zęba, nie wiemy. Na podobieństwo innych nerwowych zaburzeń odżywczych i zmiana barwy zęba z niedostateczną cyrkulacją krwi zależy od zboczeń naczynioruchowych.

Każdy organ może tylko wówczas funkcjonować prawidłowo, jeżeli krew i limfa krąży w nim normalnie. Jeżeli zaś automatyczny narząd ochronny nie funkcjonuje, następuje upadek zdolności do pracy samego organu.

Wskutek tego pozbawiony miazgi, lecz nie mający przeciwległego, ząb nie wywołuje objawów chorobowych. Przynajmniej autor nie zna takiego przypadku.

Wobec tego pożądanem jest te pozbawione miazgi zęby, które jeszcze mają przeciwległe, stopniowo wyłączać z aktu żucia, który oddziaływa na nie szkodliwie, przez spiłowywanie guzów na koronie.

Jeżeli w swoim czasie autor uważał miazgę jako organ orjentacyjny zęba, to i obecnie *mutatis mutandis* może on trwać przy tem zdaniu. Pozbawione miazgi zęby tracą zdolność orjentacyjną nie pod względem dotykowym, lecz naczynioruchowym.

Spostrzeżenia autora miały na celu zwrócić uwagę kolegów na wspomniane wyżej objawy. Aczkolwiek stanowczo jest on przekonany, że pod względem znaczenia tych objawów znajduje się na prawidłowej drodze, jednakże obalenie tych poglądów nie zasmuciłoby go, gdyż i ujemna ocena stanowi krok naprzód. *N.*

3) **Dreyer. Twardy szankier górnej wargi.** (Münch. Med. Woch. № 7, Żurn. kożn. i wener. bol. 8 r. z).

Chorego przed 5 tygodniami ugryziono w wargę. Rana od ukąszenia nie goiła się i po 14 dniach powiększyła się do rozmiarów 5-ciofenigowej monety. Gruczoły podszczękowe wzrosły do rozmiarów orzecha. Wczesne rozpoznanie szankrów, znajdujących się na otwartych częściach ciała, jest ważne wobec tego, że są one widoczne dla otaczających. W świeżym szankrze, oprócz cech zwykłych, należy zwracać uwagę na zwykły prawie ciemniejszy nadżarty brzeg, który dowodzi rozszerzania się procesu zapalnego. Rozpoznanie ustalone zostaje najczęściej drogą wykrycia krętków bladych. Przy prawidłowem rozpoznaniu wskazane jest wczesne leczenie. Autor stosował je w 6 przypadkach pozapłciowych szankrów, z których następnie tylko w dwóch zauważyć się dała słaba różyczka. W pozostałych nie zauważono żadnych drugorzędnych objawów. *N.*

4) **Przypadek miesiączki zastępczej w postaci krwawienia z warg** opisuje dr. Hauptmann w „Münchener Medic. Wochenschrift" (41 r. z.).

Autor miał możność obserwowania w ciągu 4-ch menstrualnych okresów, dotąd jeszcze nie opisanej wyżej wymienionej postaci miesiączki u 18-toletniej dziewczyny. U ostatniej w 14 roku po raz pierwszy zauważono wylew krwi pod skórą oraz śluzówki obu warg, który znikał po kilku dniach, lecz następnie powtarzał się regu-

larnie co 4 tygodnie; później ukazywał się on jeszcze nieregularnie; w 15 roku po raz pierwszy wystąpiła normalna miesiączka; początkowo była ona słaba, trwała krótko, towarzyszyły jej umiarkowane bóle. Menstruacje niezbyt regularnie występowały co 4 tygodnie; niekiedy zamiast nich dawały się zauważyć wylewy krwi z warg. Czasami po upływie kilku dni od początku krwawienia z warg ukazywały się menses, lecz w tym wypadku były one słabsze, niż zazwyczaj. Przed wystąpieniem krwawienia dziewczyna czuje kłucie w wargach. Na jakiekolwiek bóle w narządach płciowych nie narzekała. Ostatnie po zbadaniu okazały się normalnymi. *N.*

**5) Dr. Lange. O ropnicy w zależności od ropienia w zatoce szczęki górnej**. (Zub. D. 9, 10 r. z.).

Wiemy, że otoki dodatkowych jam nosowych powstają najczęściej na gruncie jakiegokolwiek ogólnego cierpienia organizmu, np. po influenzie, tyfusie i t. p. Przeciwnie, uogólnienie się sprawy w postaci powikłania samego otoku zdarza się rzadko. Autorzy obszernych monografji (Hajek, Gerber) co do omawianej sprawy twierdzą, że otoki nie mogą bezpośrednio przechodzić w ropnicę lub posocznicę; poprzednio musi się rozwinąć jakaś komplikacja w sąsiednich narządach, np. ropień w mózgu lub ropówka oczodołu, a potem dopiero następuje uogólnienie się choroby.

A jednak autorowi wypadło zaobserwować dwukrotnie ropnicę, powstałą bezpośrednio z procesu ropnego w dodatkowych zatokach nosa.

*1-szy przyp.* Chory zwrócił się do kliniki z powodu silnych bólów w prawej połowie głowy. Badanie wykazało ostre zropienie prawej zatoki czołowej. Po 11 dniach odpowiedniego wewnątrznosowego leczenia chorego wypisano. W dwa tygodnie potem nagle wystąpiły objawy zapalenia opony brzusznej, i chory wkrótce zmarł. Przy sekcji stwierdzono: *higmoritis dextra et peritonitis.* Autor przypuszcza, że ostatnie powikłanie nie mogło mieć innej przyczyny, jak tylko otok zatoki dodatkowej.

*2-gi przyp.* Chora przez 3 tygodnie cierpiała na katar ropny. Badanie wykazało *higmoritis*; ponieważ leczenie zachowawcze nie pomogło, przedsięwzięto radykalną operację przez *fossa canina.* Po operacji gorączka nie zmniejszała się; stan ogólny był coraz gorszy, a po 5 dniach chora zmarła. Sekcja potwierdziła djagnozę ropnicy ze zmianami w nerkach, oponie brzusznej i innych narządach. *N.*

# III Międzynarodowy kongres hygieny szkolnej w Paryżu.

(*Dział hygieny zębów i jamy ustnej*).

Trzeci kongres hygieny szkolnej odbył się w roku ub. w Paryżu dn. 2-go sierpnia i trwał 5 dni. Na akcie otwarcia, odbytym w wielkim amfiteatrze Sorbony, obecni byli: delegat ministerjum wychowania publicznego, burmistrz Paryża oraz delegaci 30 państw. Uczestników było przeszło 1500. Na posiedzeniach plenarnych omawiano sprawę ujednostajnienia metody badania dzieci szkolnych przez lekarza, sprawę wychowania seksualnego oraz kwestję przygotowywania lekarzy szkolnych. Sekcji poszczególnych było 11. Ostatnia podzielona była na 3 podsekcje.

*Hygiena zębów i jamy ustnej* była przedmiotem obrad podsekcji III sekcji XI. Było to inowacją, którą zawdzięczać należy pracom hygienistów jamy ustnej i zębów, działaczy tej miary, co Röse, Jessen, Magitôt, Galippe i t. p., w celu zobrazowania rozwoju hygieny zębów i jamy ustnej w latach ostatnich. Zaznaczę tu, że gdy w I-m kongresie w Norymberdze przyjmowało udział zaledwie czterech dentystów, w roku bież. na dziesiątki ich liczyć było można. Utworzenie sekcji specjalnej wywołało początkowo u niektórych dentystów obawę, iż roztrząsanie sprawy szkolnej hygieny jamy ustnej i zębów tylko w swem gronie będzie bezcelowem i da mało korzyści. Uważali oni, że rozpowszechnianie ich zasad winno mieć miejsce i w gronie niespecjalistów.

Obawy jednak okazały się niesłusznemi. W toku obrad stwierdzono, że wyłączenie hygieny zębów i jamy ustnej w odrębną podsekcję nietylko było dla sprawy dobrem, lecz i koniecznem. O ile wszyscy uczestnicy III podsekcji zgodzili się jednomyślnie na konieczność organizacji opieki dentystycznej w szkołach i ważność szerzenia wśród uczniów zasad hygieny jamy ustnej i zębów, sposoby, w jakie chcieli swe plany przeprowadzić, były początkowo różne. Dopiero drogą dyskusji doszło się wśród kolegów do pewnego porozumienia. Ostatni kongres dał okazję po raz pierwszy od lat przeszło trzydziestu odontologom i stomatologom spotkać się przy wspólnej pracy. Spodziewać się należało, że, jak jedni, tak i drudzy, przyjechawszy na kongres na razie zaprzestaną bezcelowej walki, a mając tylko dobro społeczne na celu, pracować będą ręka w rękę i starać się zjednoczyć swe usiłowania w sprawie zorganizowania opieki dentystycznej dla młodzieży szkolnej. W tym też duchu przemawiał, przewodnicząc na pierwszem posiedzeniu, dr. Cruet. Zdawałoby się

więc, że na ten raz stomatolodzy nie zboczą z tematu i w sekcji, mającej na celu szerzenie zasad hygieny, nie będą mówili o reorganizacji studjów dentystycznych, lecz propagować wspólnie z dentystami organizację racjonalnej pomocy dentystycznej; dalej szukać będą dróg dla załatwienia tej sprawy, poświęciwszy swą pracę całkowicie hygienie szkolnej. Niestety, nie mogli oni długo wytrzymać stanowiska, nawet sam przewodniczący pierwszego posiedzenia, dr. Cruet, swój wyczerpujący, skądinąd bardzo poważny referat, zakończył żądaniem, by opiekę nad zębami dziatwy szkolnej mieli wyłącznie specjaliści-medycy. Dr. Cruet był nawet tyle szczerym, iż przyznał się: „J'ai accepté de faire ce rapport, surtout pour arrivez à cette conclusion". Jak gdyby naprawdę nie można było posunąć naprzód sprawy hygieny szkolnej, hygieny jamy ustnej i zębów, nie poruszając braków wykształcenia zawodowego. Wszelkie wskazówki, żale i uwagi, dotyczące reorganizacji tych studjów, były zupełnie na miejscu na posiedzeniach plenarnych, omawiających sprawę przygotowywania lekarzy szkolnych. Zadaniem podsekcji III sekcji XI powinno było być jedynie opracowanie obecnego planu działania siłami, jakie są, a nie jakie być mogą. To też i na kongresie rzucało się aż nadto w oczy, że stomatologom głównie idzie o.... sakiewkę. Zagarnąć pacjentów, dużo pacjentów, wszystkich pacjentów, jacy są, jacy na zęby cierpią, to marzenie!.. Ale że się temu zadaniu nie sprosta, w to się nie wchodzi! Byle „oni" nie mieli! Że pacjenci z konieczności rzeczy w tych warunkach zostaliby bez pomocy, mniejsza o to! „Dentystyką winni się zajmować tylko medycy, dentyści za mało posiadają wykształcenia medycznego!" Lecz gdyby stomatologom szło naprawdę jedynie o rozwój dentystyki, o jej dobro, to, mówiąc o brakach wykształcenia dentystycznego, nie pluliby żółcią, jak to się często zauważyć dawało, lecz rozprawialiby o potrzebach uzupełnienia wiedzy dentysty spokojnie, rzeczowo; rozprawialiby i pisali tak, jak rozprawiają i piszą medycy o brakach medycznej nauki uniwersyteckiej, nie wyjeżdżaliby wszędzie i zawsze, gdzie się daje i gdzie nawet nie daje z krytykowaniem dentysty, a mówiliby o tem tylko tam, gdzie na to jest miejsce; wtenczas, naprawdę, w tej sprawie coś zdziałać można.

Jeżeli dentyści posiadają mało stosunkowo wiedzy medycznej, nie jest to ich wina, jak nie jest winą studenta medycyny, że z względnymi brakami kończy uniwersytet. I jak, pomimo dość znacznych braków fakultetów medycznych (wszak dużo o tem pisano), jednostki zdolniejsze rozszerzają swą wiedzę po za uniwersytetem, i wśród dentystów jest wielu takich, którzy obszarem swej wiedzy daleko prześcigają przeciętnego wychowańca szkół dentystycznych. Do tej grupy zaliczyć też można po części i tę nieliczną garstkę medyków, którzy

się dentystyce poświęcają. Jak jednak dzikiem wprost byłoby rwanie się nielicznych w stosunku do ogółu wybitnych jednostek w medycynie do zapachtowania wszelkich prac społeczno-zawodowych z wyłączeniem masy medyków, tej szarej masy, bez której nic się nie działa; żadna praca społeczno-zawodowa w życie i krew społeczeństwa nie wejdzie. Tak samo dziką, bezcelową, a nawet szkodliwą dla sprawy spopularyzowania dentystyki jest niesłusznie prowadzona walka wśród stomatologów i dentystów. Dentyści muszą posiadać więcej wykształcenia medycznego; zgoda, lecz i teraźniejsi stomatolodzy nie są bez *ale*. Kto więcej niż oni odłącza technikę od lecznictwa dentystycznego? Zresztą, i od nich w myśl życzeń pewnej grupy uczestników kongresu wymagać należy specjalnych studjów na lekarzy szkolnych. Czy naprawdę panowie stomatolodzy wierzą w to, że, skończywszy medycynę, jest się już dentystą? że nie trzeba czasu i to wcale dużo czasu poświęcić, aby nauczyć się dentystyki, by mieć prawo czuć się dobrym i odpowiedzialnym praktykiem? A więc należy uznać za słuszne zmiany studjów dentystycznych. Przyszła ta robota nie ma jednak nic wspólnego z pracą społeczną, jaka obowiązuje dentystów obecnie, dentystów wszelkich stopni. Czy ktoś więcej po za szarą masą dentystów jest w stanie spopularyzować zasady hygieny zębów i jamy ustnej? Czy może zęby całej młodzieży szkolnej mają czekać, aż dentyści uzupełnią swe braki? Może opiekę dentystyczną nad zębami dzieci zupełnie odsunąć na lat kilkadziesiąt, do czasu zreformowania studjów dentystycznych? Niech dzieci cierpią, byleby nie leczył ich *dentysta*, byleby nie badał ich zębów *dentysta*. A jednakże temu dentyście, jedynie temu dentyście, zawdzięcza się rozwój dzisiejszej dentystyki; tylko dentyście zawdzięcza społeczeństwo pielęgnację zębów, ba nawet samych stomatologów wytworzyli... dentyści. Oni ich uczyli, uczą i długo jeszcze uczyć będą.

Wybaczą, czytelnicy, że nieco odbiegłam od tematu, ale sprawa walki stomatologów z dentystami ma pewne znaczenie dla całego zawodu.

Wracając do roli sprawozdawcy, zaznaczę, że, jak zauważyłam już i poprzednio, na pierwszem posiedzeniu przewodniczył dr. M. Cruet. W przemowie swej nawoływał on kolegów wszystkich stopni i narodowości do wspólnej usilnej w ciągu dni kilku pracy. Żałował on, że utworzenie specjalnej podsekcji nie pozwoli w takim stopniu, w jakimby można było zyskać zwolenników i wśród uczestników innych sekcji. Następnie przeszło się do rozpatrywania tematu: „Hygiena jamy ustnej w internatach.“ Temat ten opracowali Dreyfuss z Paryża i Wallisch z Wiednia. Przemówienie Dreyfuss'a było bardzo szczegółowe. Zwróciwszy uwagę na ważność zdrowego uzębienia

dla ogólnego rozwoju organizmu, autor określił pojęcie „hygiena zębów“ i wyjaśnił, że zadanie hygieny zębów nie polega wyłącznie na zapewnieniu zębom czystości, lecz na uprzedzeniu występowania próchnicy, na leczeniu zębów chorych, a w końcu dopiero na zapewnieniu zębom czystości drogą wdrażania tych zasad. Dalsze wytyczne przemówienia Dreyfuss'a: 1) Próchnica zębów jest chorobą wieku dziecięcego; 2) walka z próchnicą zębów winna być przedsiębrana przez szkoły, zwłaszcza zaś przez internaty; 3) uczniowie powinni otrzymywać wskazówki teoretyczne i praktyczne z zakresu hygieny j. ustnej i zębów w szkole; 4) każdy uczeń winien mieć nietylko szczotkę, lecz powinien być nauczony przez szkołę, jak jej używać; 5) niezbędnem jest badanie zębów; 6) badanie winno być odłączone od leczenia; 7) oględziny winny być wykonywane przez dentystów; 8) powinny się one odbywać przynajmniej 2 razy do roku; 9) szematy badań winny być przechowywane, również przedstawiane rodzicom; 10) leczenie zębów winno się odbywać po za godzinami szkolnemi; 11) rodzice winni mieć swobodę wybierania dentysty dla leczenia zębów dzieci; 12) w internatach płatnych honorarja dentystyczne uiszczane być winny przez rodziców; 13) płaca winna być możliwie unormowana; 14) leczenie może się odbywać w internatach, lub w mieszkaniu dentysty; 15) jeżeli leczenie odbywa się w internacie, dentysta powinien przychodzić przynajmniej raz na tydzień; 16) w internatach bezpłatnych pomoc dentystyczna winna być bezpłatna; 17) w leczeniu młodzieży niezamożnej winny pomagać szkoły dentystyczne; 18) zakładanie klinik szkolnych przez miasta jest niezbędnem.

Referat d-ra Wallisch'a na ten sam temat ze względu na nieobecność autora odczytany został przez jednego z kolegów. Na uwagę zasługuje podkreślenie przez d-ra Wallisch'a znaczenia hygieny ust i zębów, jako środka profilaktycznego przeciw chorobom zakaźnym. Dr. W. zbadał stan hygieny jamy ustnej w internatach wiedeńskich. Prawie wszystkie internaty mają dentystów płatnych, ale płaca ich jest nad wyraz marna, a opieka ich polega jedynie na leczeniu zębów chorych. Na dowód, jak źle stoi hygiena zębów w internatach wiedeńskich, dr. W. przytacza fakt, iż w jednym z największych internatów dla chłopców *zakazane* jest używanie wykałaczek. Badania stanu jamy ustnej i zębów oraz leczenie winny być, zdaniem d-ra W., wykonywane przez dentystów.

W dyskusji nad referatem Dreyfuss'a (wskutek nieobecności Wallisch'a nad pracą jego nie dyskutowano) zabierali głos: M. Mahé, Delguel, Pont, Godon, Chompret, Pierre, Robin, Cruet, Rogagest, Cunningham, Sidney-Spokes i Mendel Joseph. Kwestją sporną było, czy dentysta, badający stan zębów, ma być również i dentystą leczącym.

Większością głosów postanowiono odłączyć osobę badającego od osoby leczącego. Wybór dentysty leczącego należy pozostawiać rodzicom. W zakres obowiązków dentysty szkolnego wchodzi tylko badanie stanu zębów i jamy ustnej.

O pomocy dentystycznej w Brukselli (Service dentaire de Bruxelles) mówił od siebie i w imieniu Van Campenhout'a, kolegi swego, M. Bon. Opisał on urządzenie jedynej kliniki szkolnej w Brukselli i zakończył żądaniami: 1) zniesienia zwyczaju brania od rodziców pozwolenia na leczenie zębów dzieci, 2) urządzania odczytów z dziedziny hygieny zębów i jamy ustnej dla szerszej publiczności, w celu rozpowszechniania właściwych zadań pielęgnowania jamy ustnej, 3) musu oględzin dentystycznych i zakładania miejskich szkolnych klinik dentystycznych.

Albin Lenhardtson, dentysta szkolny ze Stokholmu, mówił: „O współpracy dentystów szkolnych z ciałem nauczycielskiem i medykami szkolnymi". Autor zwrócił uwagę, że nauczycielstwo i rodzice w ostatnich czasach zaczynają interesować się hygieną szkolną; byłoby więc skutecznem zaprowadzenie w seminarjach nauczycielskich działu hygjeny jamy ustnej i zębów. Tacy wychowawcy byliby w stanie pouczać uczniów o znaczeniu zębów, również oni mogliby, zdaniem L., badać od czasu do czasu usta uczniów i zachęcać ich do leczenia. Lenhardtson jest zwolennikiem ogólnych klinik szkolnych z racji zaoszczędzenia czasu; kwestję, czy korzystać z niej mają uczniowie zamożni, uważa on za sporną. Oględziny dentystyczne winny być wykonywane przez inspektorów-medyków.

Przemówienie Lenhardtson'a wywołało żywą dyskusję. Oprócz Robin'a, który zgodził się z Lenhardtsonem, twierdząc, że aby módz zęby badać, nie trzeba być specjalistą, wszyscy obecni żywo odpierali poglądy ostatniego, zwracając uwagę na to, że badanie dentystyczne nie polega jedynie na określaniu już znacznie uszkodzonych zębów, lecz niedopuszczaniu do próchnicy, na zatrzymaniu jej w samym początku, już nawet wtedy, kiedy wprawne, nauczone i doświadczone oko coś tylko zauważyć zdoła. Z konieczności więc rzeczy badanie ust i zębów musi być wykonywane przez dentystę. Zgodzili się jednak wszyscy na to, że byłoby bardzo do życzenia pouczanie ciała nauczycielskiego o ważności hygieny ust i zębów dla ogólnego zdrowia.

Nad znaczeniem dentysty w szkołach zastanawiał się Richaume z Paryża. Referat jego daje się streścić w 3 żądaniach: 1) oględziny dentystyczne winny być wykonywane przez dentystów; 2) dla wszystkich szkół winien być jeden szemat badania; 3) w każdej szkole winno być miejsce dla leczenia dzieci; dla dziatwy niezamożnej powinny być urządzone miejskie kliniki bezpłatne.

Następnym tematem było rozpatrzenie znaczenia hygieny jamy ustnej i zębów dla zdrowia ogólnego dzieci i młodzieży. Referentami byli: Versluysen i Cruet. Pierwszy żąda również od urzędów miejskich zakładania ogólnych dentystystycznych klinik szkolnych, w których uczniowie otrzymywaliby i pomoc dentystyczną. Pomocy tej winni udzielać medycy.

Na skutek przemówienia Dreyfuss'a, przypominającego charakter przemówienia d-ra Cruet'a na pierwszem posiedzeniu, referent zmienił w ostatniem swym żądaniu wyraz „medycy“ na wyraz „specjaliści“. Referat Cruet'a streścić się daje w następujących punktach:

1) Hygiena jamy ustnej i zębów ma ważne znaczenie dla zdrowia dzieci i młodzieży; 2) warunki anatomiczne i fizjologiczne oraz patologja ogólna wyjaśniają częstość i rozmaitość cierpień jamy ustnej i zębów u dzieci; warunki te zazwyczaj odpowiadają rozmaitym okresom I i II zębowania; 3) hygiena jamy ustnej i zębów, poza koniecznością zachowania zębów, jest ważna z tego względu, że cierpienia ich rujnujące wywołać mogą rozmaite choroby, byt fizyczny jednostki; 4) z drugiej strony i zły stan zdrowia może być przyczyną chorób jamy ustnej i zębów; 5) wszystkie systemy i tkanki w rozmaitym stopniu i pod rozmaitemi formami przyjmują infekcję z jamy ustnej; 6) zakażenie, pochodzące z jamy ustnej i zębów, może przejść i na przewód pokarmowy oraz okolice, sąsiadujące z jamą ustną; zakażenie przenika głównie przez naczynia chłonne i krwionośne, stykające się z zakażoną jamą ustną, drogą spróchniałych zębów, ozębnej, różnych cierpień dziąseł oraz wyrostka zębodołowego; 7) hygiena jamy ustnej i zębów ma na celu zapobieganie zakażeniu ust i zębów; 8) z racji znaczenia hygieny ust i zębów dla zdrowia ogólnego oraz konieczności posiadania wiedzy medycznej ogólnej, pomoc dentystyczna może być jedynie udzielana skutecznie przez lekarza-specjalistę, doktora medycyny.

Ostatni punkt dr. Cruet'a wywołał bardzo żywy protest ze strony większości obecnych. Dyskusja zeszła zupełnie na inne tory, zaczepiła o szkoły dentystyczne i tak daleką była od tematu i celów zjazdu, iż jeden z członków sekcji sąsiedniej, będący na posiedzeniu, wyraził zdanie, iż zapomina się zupełnie, że to kongres hygieny szkolnej.

Orginalną wielce pracę przeczytał M. J. Ferrier: „O wpływie wody gotowanej jako napoju na zęby i ogólny stan zdrowia dziecka“. Autor na zasadzie wielu faktów dowodzi szkodliwości wody przegotowanej, twierdząc, że nie dostarcza ona organizmowi dostatecznej ilości wapna.

Nad znaczeniem badań dentystycznych oraz leczeniem zębów zastanawiał się Maurice Roy. Twierdził on, że: 1) państwo ma obowią-

zek czuwania nad zdrowiem zębów dziatwy szkolnej; 2) badanie zębów winno być dokonywane przez dentystę, a nie przez lekarza szkolnego; 4) szemat badań winien być ujednostajniony; 5) badanie winno się odbywać raz na ½ roku; 6) leczenie zębów winno się odbywać w lokalach szkolnych, a za wyjątkiem przypadków koniecznych, po za godzinami zajęć szkolnych; 7) dla dziatwy niezamożnej miasta powinny urządzać bezpłatne kliniki dentystyczne.

Żywe zainteresowanie wzbudził referat twórcy klinik dentystycznych, człowieka niepospolitej energji, Jessena, człowieka, który, jak jeden z mówców zjazdu zaznaczył, stworzył hygienę zębów. Tytuł referatu Jessen'a brzmiał: „Zaprowadzenie hygieny jamy ustnej i zębów w szkołach jest niezbędnem." Podkreśliwszy znaczenie hygieny jamy ustnej i zębów, jako środka walki przeciw wielu chorobom, Jessen przypomniał, że sprawę hygjeny jamy ustnej i zębów poruszano już na zjazdach w Paryżu, Norymberdze, St.-Louis, Genewie, Londynie, Bruksełli, a ostatnio na Międzynarodowym zjeździe dentystów w Berlinie, na którym hygiena jamy ustnej i zębów zajęła miejsce właściwe i była tematem obrad sekcji X.

Przez okres tych lat przyjęty został jako pewnik pogląd, że hygiena jamy ustnej zębów jest skutecznym środkiem przeciw chorobom zakaźnym a zwłaszcza gruźlicy. Pogląd ten znalazł jeszcze większe rozpowszechnienie po pracy prof. Möller'a z Berlina, specjalisty chorób płucnych, który w zębach spróchniałych u chorych płucnych znalazł mnóstwo laseczników gruźliczych (zob. ref. w „Kronice" № 11 r. b ) Zdaniem Jessen'a, sprawę pomocy dentystycznej dla młodzieży najlepiej załatwiają szkolne kliniki dentystyczne. Są one dobre nietylko ze względu na stałość opieki, lecz i trwałość; leczenie jednego dziecka kosztuje, jak wykazała praktyka, rocznie 1 fr. 15 centm. Referat Jessen'a wzbudził żywe zainteresowanie się, choćby ze względu na osobę mówcy, tego wielce cenion za swą niezmordowaną pracę na polu hygieny zębów. Jak dalece wyprzedził on swymi poglądami co do najodpowiedniejszej organizacji pomocy lekarskiej dla młodzieży szkolnej innych hygienistów i dowodzi fakt, że dopiero na tym zjeździe niektórzy lekarze szkolni uznali zakładanie podobnych klinik ogólnych za najłatwiejsze rozwiązanie sprawy racjonalnej pomocy lekarskiej dla szkół. Jeden z referentów nawet, dr. Oebecke, wrocławski lekarz miejski, w referacie swym p. t.: „Czy ogólne badanie lekarskie dziatwy szkolnej winno rozszerzyć się i na narządy specjalne, czy też dzieci winny być odsyłane do specjalistów?" W nadzwyczajnych wyrazach uznania odzywał się o Jessenie, a klinikę Strassburską stawia jako wzór dla przyszłych poliklinik.

„O stanie hygieny zębów i jamy ustnej w szkołach austrjac-

kich“ mówił dr. Gabriel Wolff. Już w roku 1887 na jednym z pierwszych kongresów dr. Hillischer z Wiednia zwrócił uwagę uczestników zjazdu na stan hygieny jamy ustnej i zębów w szkołach. W owym czasie w Austrji nie było jeszcze instytucji lekarzy szkolnych, a zaczęto dopiero dentystę wprowadzać do szkół. Po I i II kongresie hygieny szkolnej zastanawiano się już poważniej nad tą sprawą. W r. 1903 prezes ministrów w cyrkularzu do naczelników prowincji zwraca uwagę na konieczność pouczania społeczeństwa o skutkach chorób zębów. W cyrkularzu tym zwrócono uwagę na konieczność szerzenia wiadomości z dziedziny hygieny wśród ciała nauczycielskiego, a za pośrednictwem ostatnich i wśród uczniów. W roku 1904 wydany został rozkaz w Styrji, a w r. 1905 w Koryntji, polecający zwrócenie uwagi na hygienę zębów w szkołach. W większości szkół lekarze szkolni badali stan zębów. W 20 miastach leczenie zębów wykonywali również lekarze; w 15 powołano specjalnych dentystów dla szkół, lub też subwencjonowano dentystów z miasta. Szkoły w Bendorfie, Białej i 8-iu miastach Bukowiny zadawalniają się pomocą dentystów praktykujących. W Grazu i Insbruku pomoc dentystyczna bywa udzielana w klinikach uniwersyteckich. W Bendorfie w roku zeszłym założono pierwszą szkolną klinikę dentystyczną. Można powiedzieć, że właściwa opieka nad zębami uczniów w Austrji datuje dopiero od roku 1903, to jest od 1-go cyrkularza ministerjalnego. Pojedyncze jednak miasta, jak np. Iglau, poleciły oględziny zębów uczniów jeszcze w roku 1897. W Teschen dzieci szkół gminnych miały zęby leczone na koszt gminy już w r. 1901. W roku zeszłym zawiązał się w Austrji na podobieństwo Międzynarodowego Związku Dentystycznego Komitet hygieny jamy ustnej i zębów, którego główne zadanie jest zakładanie szkolnych klinik dentystycznych.

Dr. Wallish, inspektor-medyk z Londynu, przedstawił opis szkolnej kliniki dentystycznej w Londynie, która założona została w styczniu r. 1910 z prywatnej ofiary. Nosi ona nazwę: „Klinika św. Jerzego“ i otwarta jest tylko 2 razy tygodniowo. Pracuje w niej 1 dentysta przy pomocy siostry miłosierdzia. Ponieważ dzieci przychodzą niechętnie w godzinach poobiednich, siostra zmuszona jest przyprowadzać je sama. Jest nadzieja uzyskania od miasta subwencji, która umożliwi otwieranie kliniki codziennie.

Wreszcie dr. S. Mahé, dentysta z Paryża, zdał sprawę z działalności dentysty w liceum Johnsona. Dentysta William Fisk mówił o organizacji dentystów szkolnych. Zdaniem jego, w szkołach różnego typu pomoc dentystyczna winna być różnie zorganizowana.

Oprócz wyżej wzmiankowanych prac, wypełniających 3-ą podsekcję XI sekcji, i w innych sekcjach zwrócono uwagę na znaczenie zdrowego uzębienia dla rozwoju dziecka.

Królestwo Polskie na zjeździe było w r. b. naogół dość licznie reprezentowane; polaków było 40. Zapowiedzieli oni 14 referatów, z tych jednak 7 tylko doszło do skutku. Z medyków podkreślili ważność badań dentystycznych dr. Stanisław Kopczyński, który w referacie p. t. „Systematyczne oględziny lekarskie uczniów i ich znaczenie z punktu widzenia hygieny i wychowania“ konstatuje, że dzięki stałym oględzinom jamy ustnej uczniów warszawskiej szkoły handlowej w latach ostatnich bardzo rzadko się zdarza, by uczeń klas wyższych miał zęby zaniedbane.

Dr. Goździcki zwrócił uwagę na konieczność opieki nad uzębieniem dziewcząt.

Wspomnieć również należy o pracy zbiorowej, przygotowanej dla kongresu przez komitet polskich stowarzyszeń pod redakcją dra Piaseckiego pod tytułem: „Les écoles polonaises et leurs conditions hygiéniques“. W pracy tej znajduje się również, acz bardzo niepełny, obraz stanu hygieny jamy ustnej i zębów w szkołach polskich.

Następny Kongres hygieny szkolnej odbędzie się w roku 1913 w Stanach Zjednoczonych.

*Helena Kon-Feldblumowa.*

# BIBLJOGRAFJA.

**Podstawy dentjatrji.** *(Osnowy dentjatrji). Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przez* **prof. Franciszka Zwierzchowskiego**. *Petersburg. Tomów 5.*

*T. I. Anatomja jamy ustnej i zębów. Str. 119. Rys. 34. Cena 1.50.*

*T. II. Budowa, rozwój i wyrzynanie się zębów. Próchnica 1-go i 2-go stopnia. Osady nazębne. Nauka plombowania. Str. 392. Rys. 58. Cena rb. 3.*

*T. III. Zapalenie i zgorzel miazgi. Zapalenie ozębnej. Str. 142 Rys, 18. Cena rb. 1.80.*

*T. IV. Zapalenia kości szczęk. Ubytki zębów pochodzenia niepróchnicowego. Wyjmowanie zębów. Schorzenia zapalne śluzówki jamy ustnej. Str. 385. Rys. 27. Cena rb. 2.80.*

*T. V. Chirurgja szczegółowa jamy ustnej. Str. 118. Rys. 31. Cena rb. 1. 50.*

*Wydane nakładem autora.*

Autor, jako długoletni lektor przedmiotów specjalnych w kilku wyższych zakładach naukowych, rzecz prosta, zna wszelkie wymaga-

nia, stawiane podręcznikom, przeznaczonym dla słuchaczy. Wiemy doskonale, jakie wielkie znaczenie dla ostatnich ma odpowiedni podręcznik. Rzeczywiście, dobry podręcznik — z jednej strony, odpowiedni kierownik — z drugiej strony, są *podstawą* specjalnej wiedzy każdego ucznia; o tem dwóch różnych zdań być nie może.

Praca prof. Zwierzchowskiego, napisana zgodnie z planem, opartym na własnem doświadczeniu pedagogicznem, pod względem dydaktycznym zasługuje na wyróżnienie. Przedewszystkiem zaznaczyć musimy zwięzłość i treściwość każdego wykładu. Niema owego balastu, który zauważyć można w niektórych podręcznikach i który przeciąża pod pewnym względem tylko umysł słuchacza. Autor postawił sobie za cel treściwie, zwięźle zobrazować każdy szczegół; jest to widocznem po powierzchownem choćby przejrzeniu pracy. W celu dokładnego przyswajania sobie przedmiotu ścisły taki wykład ma ważne znaczenie. Mamy, wprawdzie, niektóre podręczniki, przeznaczone dla rozpoczynającyah studja dentystyczne (Fiszera, Feodorowa), lecz ze względu na panujący chaos, rozwlekłość traktowania każdego poszczególnego działu, grzeszą one pewnymi błędami. Z drugiej strony wiemy, że specjalność nasza z dnia na dzień robi znaczne postępy; te ostatnie właśnie i w podręcznikach bezsprzecznie odzwierciadlone również być muszą, choćby pobieżnie. Dr. Zwierzchowski wymagania te uwzględnił, mając na widoku to, że powinny one służyć nicią przewodnią przy dalszych studjach słuchacza. Jako wytrawny praktyk, autor w poszczególnych działach uwzględnił swe własne spostrzeżenia z praktyki. Uwagi te są tak umiejętnie wstawione, że nie noszą one wcale cech dążenia autora do wywyższania się lub uwydatniania swej osoby, jak to często widzimy w podręcznikach, zwłaszcza zaś w „Wykładach (kursach) uniwersyteckich“ poszczególnych przedmiotów.

W przedmowie autor zaznacza, że podręcznik wydał na życzenie swych słuchaczy. Spełnienie tych „życzeń“ kosztem mozolnej pracy i znacznego nakładu materjalnego aż nadto dobitnie świadczy o tem wielkiem zamiłowaniu autora do obranej przez siebie specjalności i swego stanowiska pedagoga. Jest to czyn szlachetny, świadczący o uczciwem traktowaniu obowiązku względem uczniów.

„Obowiązkiem każdego nauczyciela jest wydanie własnego podręcznika; każdy nauczyciel, pracując przez całe życie na polu nauczania, bezsprzecznie, musi sobie wyrobić własne sposoby oraz metody wyświetlania danych naukowych, ich rozbioru oraz samych wykładów, przystępnie dla uczniów opracowanych.“ To są uwagi pewnego profesora, które autor miał na względzie.

Indywidualne cechy te każdego podręcznika, opracowanego przez nauczyciela, są zwłaszcza cenne i one to, że tak powiemy, wzboga-

cają literaturę. W podręczniku, jak już zaznaczono, zachowany jest porządek wykładowy, t. j. każdy dział omawia pewną całość danego przedmiotu. Dla początkujących porządek taki bez jest wątpienia nader dogodny, autorowi zaś daje on możność dokładnego podziału materjału.

Praca prof. Zwierzchowskiego, jako podręcznik, omawiający podstawy dentjarji, ma niezaprzeczoną wartość nie tylko dla uczniów, lecz i specjalistów praktykujących, mniej lub więcej zaawansowanych dla nich może ona być pewnego rodzaju *repetitorium*.

Streszczenie całego dzieła, obejmującego pięć dosyć grubych tomów, rzecz prosta, byłoby bezcelowem, tembardziej w ocenie niniejszej, w której miałem na celu zwrócenie uwagi na ogólne cenne cechy nowego dzieła, stanowiącego poważny nabytek w dziedzinie dentystycznej literatury pedagogicznej.

O technicznej stronie dzieła nic, prócz dobrego powiedzieć nie można. Wydanie jest bardzo staranne, papier dobry, druk wyraźny, również rysunki są doskonale odbite i umiejętnie dobrane.

*K.*

**Polskie Słownictwo Dentystyczne.** *Wydane staraniem i nakładem red. „Kroniki Dentystycznej“ w układzie* **lek. dent. M. Krakowskiego**. *Warszawa, 1911 r. Cena rb. 1. 50 kop.*

Doczekała się nareszcie dentystyka polska swojego „Słownictwa“, tej podwaliny, od której zwykle zaczyna się prawdziwy rozwój danej gałęzi wiedzy lekarskiej. Jest to dzieło, w które autor włożył znaczną pracę i wiele starań, poświęciwszy wiele czasu, w celu zgromadzenia wszystkich potrzebnych mu danych. A wszystko to autor zrobił w jednym umiłowanym celu: dać podnietę do lepszego rozwoju naszej specjalności.

Jako *pierwsze* „Polskie Słownictwo Dent.“ praca kol. Krakowskiego jest wprost doskonałą, a pod względem rozmiaru bardzo obszerną. Całość świadczy chlubnie o staranności, z jaką autor podjął swoją pracę i ją wykonał.

*Część pierwsza* jest właściwem mianownictwem dentystycznem; zawiera wyrazy dotyczące teorji i praktyki dentystycznej oraz nauk ścisłych z nią związanych.

*Część druga* jest niejako „uzupełnieniem“, dodatkiem bardzo cennym w niezwykłych warunkach naszej specjalności. Mamy tu wyliczenie główniejszych preparatów i środków lekarskich, używanych w dentystyce z uwzględnieniem ich składu chemicznego. Spolszczenie i podanie nazw swojskich tego działu należy powitać z uznaniem, chociaż byłoby na przyszłość pożądanem oddzielne opracowanie tej części w rozmiarach szerszych.

„Polskie Słownictwo Dent.“ może oddać i odda niezawodnie

wielkie usługi naszej nauce dentystycznej. Nie będziemy wyliczali niektórych drobnych, zresztą, usterek, gdyż praca kol. Krakowskiego stoi w ogólności pod każdym względem na wysokości zadania. Na jej podstawie powinno powstać mianownictwo o szerszym jeszcze zakresie. Byłoby też pożądanem, żeby wszyscy koledzy wzięli udział w dalszej pracy nad „Słownictwem", przesyłając swoje uwagi, uzupełnienia i życzenia do redakcji „Kroniki Dent.", gdyż „gromada to wielki człowiek".

Prawdziwie dziwić się należy, jak mało u nas interesuje się ogół sprawami pierwszorzędnej wagi, pozostawiając cały ciężar pracy na barkach jednostek. Dentystyka polska znajduje się od czasu dziecięctwa swego w nader smutnem położeniu, i gdyby nie jednostki, jak ś. p. dr. Dzierżawski, nie mielibyśmy nawet pisma specjalnego. Ze zgonem tego pioniera polskiej nauki dentystycznej, jak wiemy, zakończył swój żywot również „Przegląd Dentystyczny".

W takich to trudnych warunkach podjął kol. Krakowski wydawnictwo „Kroniki Dent." i pracuje dotąd bardzo mozolnie, lecz wytrwale nad jej podtrzymywaniem. Mimo wyczerpującej pracy, zdołał on w krótkim stosunkowo czasie ułożyć „Polskie Słownictwo Dent.", za które mu się należy szczególne uznanie.

Staraniem naszem powinno teraz być: wyrugować naleciałości obce i podnieść poziom dentystyki polskiej na wzór Zachodu.

„Słownictwo" kol. Krakowskiego powinno się znaleść jaknajprędzej w rękach każdego kolegi i studenta dentystyki, gdyż naleciałości obce — niemieckie i rosyjskie — coraz to bardziej kaleczą język nasz i hamują rozwój nauki polskiej.

Moskwa. *Dr. H. Wilga i W. Zawidzki.*

---

# Kronika i sprawy zawodowe.

= **Ogólny wiec lekarzy austrjackich** w sprawie nowego projektu rządowego wskrzeszenia stanu dentystów i uprawnienia techników dentystycznych odbył się w Wiedniu 6. XI r. ub. Udział przyjmowało 1400 lekarzy i 545 studentów medycyny. Zjazd ten nosił zupełnie odmienne cechy, aniżeli zwykłe zjazdy lekarskie, nie miał bowiem charakteru naukowego, lecz czysto socjalny. Zwołany został przez ogół lekarzy austrjackich bez wszelkiej różnicy przekonań politycznych. Zjazd ten był dowodem niezwykłej solidarności całego stanu lekarskiego w Austrji. Miało się wrażenie, że tej armji, składającej

się z profesorów, wszystkich lekarzy oraz znacznej liczby studentów medycyny, nie zwycięży się tak łatwo. Dzień 6 listopada zostanie dniem historycznym dla całego stanu lekarskiego w krajach austrjackich; uczestnikom tego zjazdu zostanie on na zawsze w pamięci.

Po przemówieniu prof. Fingera, prezes Izby lek. wiedeńskiej r. dw. prof. Eiselsberg wygłosił referat, dowodzący, że praktykę dentystyczną może wykonywać tylko zupełnie wykształcony w medycynie lekarz. Następnie pryw. doc. Ewald poddał projekt rządowy wyczerpującej krytyce, poczem przemawiali dr. Kirchmayer, poseł dr. Michl, w imieniu uniwersytetu w Gracu prof. Trautner, uniwersytetu w Pradze—prof. Nessel, jako przedstawiciel dentystyki na uniwersytecie Jagiellońskim prof. Wincenty Lepkowski, w imieniu Izb lekarskich galicyjskich dr. Festenburg. Wiec uchwalił rezolucję, mającą być przesłaną rządowi i opiewającą: „Ogół lekarzy austrjackich protestuje przeciw zamiarom wys. rządu, dążącego, w uległości swej dla techników i ich kilku protektorów do wskrzeszenia stanu dentystów i uprawnienia techników dentystycznych. Lekarze austrjaccy czują żal do obecnego rządu, że daje wiarę fałszywym informacjom techników i ich adwokatów, nie bacząc na rzeczowe twierdzenia i dowody lekarzy. Stan lekarski zwraca uwagę odpowiedzialnego rządu na niebezpieczeństwa, mogące wyniknąć dzięki takiemu niższemu personelowi lekarskiemu dla zdrowia publicznego, obecnego stanu lekarskiego i dla powagi uniwersytetów. I z tego powodu obecne zgromadzenie, składające się z przedstawicieli wszystkich wszechnic austrjackich, wszystkich izb lekarskich protestuje przeciwko wszelkiemu ustąpieniu jakichkolwiekbądź czynności lekarskich laikom. Lekarze-praktycy całej monarchji wraz ze swymi profesorami i całą młodzieżą uniwersytecką są przygotowani do stanowczej i ciętej walki przeciw udzielaniu jakichkolwiek praw lekarskich rzemieślnikom-technikom“.

== **Od Warsz. T-wa Odontologicznego**. W dniu 17. XI r. z. odbyło się porządkowe zebranie T-wa. Przez powstanie z miejsc uczczono pamięć zmarłego d-ra Józefa Tchórznickiego. Kol. W. Zieliński wygłosił referat: „*O leczeniu rozpadu miazgi sposobem Buckley'a*". Referent zwrócił uwagę na powstające przy rozpadzie miazgi zębowej produkty oraz sposób leczenia zębów z taką miazgą trójkrezol-formaliną. Następnie kol. Goldberg mówił o „Radicynie," zestawionej przez

prof. Łepkowskiego do traktowania kanałów korzeniowych (zob. pracę d-ra Josse'go, wydruk. w „Kronice“ № 8 r. z.). Środek ten, jak utrzymuje referent, składa się z ługu potasowego i podchloranu sodu i wcale nie jest nowy, a przez starych praktyków jako środek przeciwgnilny od dawna używany, wprawdzie, nie przy chorobach zębów. Referent zaznaczył, że na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1900, w sekcji dentystycznej mówił o odkażaniu kanałów korzeniowych przy pomocy wody Javell'a (rozczyn podchloranu sodu i soli kuchennej) z kw. solnym (str. 159 Dziennika Zjazdu). Środek ten, od lat kilkunastu G. stosuje, a przed 10 ciu laty bez zastrzeżeń oddał go do użytku ogółu dentystów. W dyskusji zabierało głos kilku kolegów, i wszyscy utyskiwali, że środek od 10-ciu lat stosowany w dentystyce, jest obecnie opatentowany. Niektórzy obecni zaznaczyli, że praca d-ra Josse'go, wydrukowana w n-rze 8 r. z. „Kroniki“ o radicynie, nosi charakter reklamowy. Kol. Rozensztejn demonstrował aparat własnego pomysłu do wytłaczania koron dla zębów przednich. Do celów, do których ma przeznaczenie, aparat jest zupełnie odpowiedni i zasługuje na rozpowszechnianie.

— **Ukaranie rzekomego dentysty** „Warszawskoje Słowo“ komunikuje, że w Będzinie na skutek skargi tamecznych dentystów, że niejaki Felzensztejn, nie mając prawa, zajmuje się praktyką dentystyczną, u ostatniego dokonano rewizji, podczas której w „gabinecie“ F. wykryto narzędzia, stwierdzające słuszność skargi. Sędzia pokoju skazał Felzensztejna na 200 rb. kary lub dwa miesiące aresztu.

— **Francuzkie szkoły dentystyczne** obsadzają posady wykładających, asystentów i laborantów na mocy konkursu. W ogłoszeniach o konkursie na posadę wymieniono, że ubiegający się o te posady powinni przedstawić: 1) dyplomy zakładów szkolnych, w których otrzymali ogólne wykształcenie; 2) dyplom na stopień lekarza-dentysty i 3) prace naukowe. Niezależnie od tego ubiegający się o posadę laboranta podlega ustnemu i piśmiennemu egzaminowi. Ustny egzamin polega na klinicznem rozważaniu jakiejkolwiek choroby i wykonaniu wszelkich czynności aż do plombowania włącznie, stosownie do danej choroby zęba. Piśmienne wypracowanie, na które daje się 2 godziny, stanowi odpowiedź na ośm pytań z dziedziny anatomji, patologji i terapji zębolecznicze j. *Jury* składa się z 4-ch wybranych

osób i dyrektora szkoły. A u nas? Gdyby nasze szkoły poszły za przykładem francuzkich, podniosłyby powagę zakładu i poziom wiedzy uczniów.

— **Samobójstwo dentysty**. „Warszawskoje Słowo“ (№ 196 z dn. 4, XII r. z.) komunikuje, że w Łodzi przy ul. Głównej № 67 pozbawił się życia dentysta L. M. Mięczyński. Przyczyna samobójstwa — ubóstwo.

— **25-letni jubileusz działalności profesorskiej** na wszechnicy Jagiellońskiej znakomitego badacza w dziedzinie zjawisk przyrody, prof. *Napoleona Cybulskiego* uroczyście obchodzono w dniu 1-ym XII r. z. w Krakowie. Jubilat jest jednym z najwybitniejszych fizjologów współczesnych i najwybitniejszym z pracujących na tej niwie fizjologów polskich. Prof. Cybulski poświęca się nietylko zagadnieniom czysto naukowym, lecz czynnie popiera wiele zamierzeń społecznych. Był on pierwszym z pionierów dopuszczania kobiet do studjów uniwersyteckich i założenia gimnazjum z programem szkół męskich.

Jubilat jest autorem jedynej w języku polskim pracy: „Fizjologja człowieka.“

— **Protest**. Lekarze-dentyści Niemiec zaprotestowali na Zjeździe w Berlinie przeciwko projektowi nowego ubezpieczenia społecznego, dozwalającemu kasom chorych wzywać w chorobach dentystycznych także techników. Lekarze uchwalili żądać, by to mogło nastąpić tylko wtedy, gdy w danej miejscowości niema lekarza; dany technik musi być przedtem przez władzę za samodzielnego uznany.

— **Nowy organ dentystyczny** p. t. **„Prakticzeskoje Zubowraczewanje“** zaczął wychodzić w Odesie pod red. P. Syrotińskiego; wydawcą jest firma dentystyczna Aleksandra Koppa. Redakcja mieści się: Odesa, ul. Kondratienko № 21.

---

Redaktor i Wydawca Lekarz-Dentysta **M. Krakowski**.

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 64.